رویش روان شناسی، سال۱۴، شماره ۱۱، شماره پیاپی ۱۱۶، بهمن ۱۴۰۴
Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ),14(11), 2026

مقایسه فشار روانی، صفات شخصیت و الکسی‌تایمیا در افراد مبتلا به بیماری التهاب روده و افراد سالم

Comparison of Psychological Stress, Personality Traits and Alexithymia in People with Inflammatory Bowel Disease and Normal People

شیما رحیمی
کارشناس ارشد، گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.
دکتر معصومه سیف الهی (نویسنده مسئول)
استادیار، گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.
سینا امینی مقصود بیگی
کارشناس ارشد، گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

Shima Rahimi
Master of Clinical Psychology, Department Of Clinical Psychology, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
Dr. Masoumeh Seyfollahi *
Assistant Professor, Department Of Clinical Psychology, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
sefollahimasome@gmail.com
Sina Amini Maghsoudbeygi
Master of Clinical Psychology, Department Of Clinical Psychology, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

چکیده

هدف از پژوهش حاضر مقایسه فشار روانی، صفات شخصیت و الکسی‌تایمیا در افراد مبتلا به بیماری التهاب روده و افراد سالم بود. روش پژوهش علی_مقایسه‌ای بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه افراد مبتلا به بیماری التهاب روده بود که به فاصله زمانی۶ ماه به پژوهشکده گوارش و کبد بیمارستان شریعتی مراجعه کرده‌بودند و جامعه غیر مبتلا شامل افرادی بودند که با توجه به متغیرهای سن، جنس و وضعیت تاهل با گروه مبتلایان همتا شدند. از میان آن‌ها تعداد ۱۶۰ نفر (۸۰ نفر مبتلا به بیماری التهاب روده و ۸۰ نفر سالم) از طریق نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. ابزارهای پژوهش شامل پرسش‌نامه ۱۶ عاملی شخصیت (SPFQ، ۱۹۴۹)، پرسشنامه سنجش فشار روانی کودرون (CPSQ، ۲۰۰۹) و مقیاس نارسایی هیجانی تورنتو (TAS، ۱۹۹۴) بود. داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس چند متغیری تجزیه و تحلیل شدند. نتایج نشان داد بین افراد مبتلا به بیماری التهاب روده و افراد سالم از لحاظ میزان تنش عصبی، الکسی‌تایمیا و فشار روانی تفاوت معناداری وجود داشت (P<۰/۰۰۱) و افراد مبتلا به بیماری التهاب روده در مقایسه با افراد سالم میزان تنش عصبی، الکسی‌تایمیا و فشار روانی بالاتری داشتند.

واژه‌های کلیدی: *الکسی‌تایمیا، صفات شخصیت، فشار روانی، بیماری التهاب روده.*

Abstract

This study aimed to compare Psychological Stress, Personality Traits and Alexithymia in People with Inflammatory Bowel Disease and Normal People. The research method was a causal-comparative. The statistical population of the study included all people with inflammatory bowel disease who had referred to the Gastroenterology and Liver Research Institute of Shariati Hospital within a period of 0-6 months, and the non-infected population included people who were matched with the infected group according to the variables of age, gender, and marital status. Among them, 160 people (80 people with inflammatory bowel disease and 80 healthy people) were selected through purposive sampling.Research questionnaires included: Sixteen Personality Factor Questionnaire (SPFQ - 1949), Coudron Psychological Stress Questionnaire(CPSQ,-2009) and Toronto Alexithymia Scale (TAS -1994) questionnaire. multivariate analysis of covariance was used to analyze the data. The results showed that there is significant difference between people with inflammatory bowel disease and healthy people in terms of nervous tension-relaxation, alexithymia, and psychological stress (P<0.001), and people with inflammatory bowel disease had higher levels of nervous tension, alexithymia, and psychological stress compared to healthy people.

Keywords: *Alexithymia, Personality Traits, Psychological Stress, Inflammatory Bowel Disease.*

نوع مقاله : پژوهشی **دریافت : خرداد ۱۴۰۴** **پذیرش: تیر ۱۴۰۴** **ویرایش نهایی: بهمن ۱۴۰۴**

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]

مقدمه

در دهه گذشته بیماری التهابی روده[1] به‌عنوان بیماری جهانی، به سرعت در آسیا و اروپای شرقی رو به افزایش است (ویوجین[2] و همکاران، ۲۰۲۵). بیماری التهابی روده با دوره‌های مکرر التهاب دستگاه گوارش که در اثر پاسخ ایمنی غیرطبیعی به میکرو فلور روده ایجاد شده، مشخص می‌شود (هان[3] و همکاران، ۲۰۲۵). التهاب روده شامل دو نوع بیماری روده ایدیوپاتیک است که بر اساس محل و عمق درگیری آن‌ها در دیواره روده متمایز می‌شود. بیماری کرون[4] که در روده کوچک و قسمت بالایی روده بزرگ ایجاد می‌شود، اما می‌تواند از دهان تا مقعد را درگیر کند و درد و تورم دستگاه گوارش نشانه اصلی آن است؛ کولیت اولسراتیو[5] که با تورم و زخم در روده بزرگ به‌خصوص کولون و رکتوم همراه است (چن[6] و همکاران، ۲۰۲۵). بیماران مبتلا به بیماری التهابی روده ممکن است علایم شدیدی مانند درد شکم، اسهال، خونریزی مقعدی، بی‌اختیاری مدفوع، کاهش وزن و خستگی را تجربه کنند. به دلیل عود بیماری، این علائم سیر غیرمنتظره و متناوبی دارند و فراوانی و شدت آن‌ها بین دوره‌های شدید و غیرفعال، نسبی و متفاوت است. مشکلات تهدیدکننده دیگری نیز ممکن است به شکل سوراخ شدن روده و سرطان روده بزرگ ظاهر شود (ژونگ[7] و همکاران، ۲۰۲۵). علاوه بر این نگرانی‌ها، ناتوانی در مراقبت ازخود، احساس سربار دیگران بودن و مورد طرد واقع شدن از سمت جامعه نیز به‌طورمعمول توسط این بیماران گزارش می‌شود، همچنین ترس از سرطان یا ناباروری نیز از مواردی است که بیماران را نگران می‌کند. به‌علاوه احساس انزوا، انگ و شرم اجتماعی نیز آن‌ها را تحت تأثیر قرارمی‌دهد (کلنتر[8] و همکاران، ۲۰۲۵).

پژوهش‌ها در مورد بیماری التهابی روده، نقش مهم عوامل روان‌شناختی را در توضیح نشانه‌های بیماری و راه‌های درمان نشان می‌دهند. یکی از مهم‌ترین عوامل روان‌شناختی موثر بر بیماری التهابی روده، فشار روانی[9] می‌باشد و به طور معمول علائم بیماران مبتلا به بیماری التهابی روده در طول یا بعد از دوره‌ای از فشار روانی ظاهر می‌شود (خلیلی و همکاران، ۱۴۰۳). فشار روانی می‌تواند بر عملکرد اندام‌های مختلف بدن به ویژه دستگاه گوارش تاثیر بگذارد. استرس ناشی از عوامل مختلف منجر به تغییر محور مغز-روده می‌شود که در نهایت پیشرفت طیف وسیعی از اختلالات دستگاه گوارش همچون بیماری التهاب روده را به همراه خواهد داشت (نوروززاده بهنام، ۱۴۰۲). فشار روانی می‌تواند واکنش‌های التهابی در بدن ایجاد کند که به طور مستقیم بر بافت‌های گوارشی تاثیر می‌گذارد. این التهاب‌ها می‌توانند به آسیب بافت‌های روده و معده منجر شوند و باعث بروز مشکلاتی مانند درد معده، نفخ، ورم، و حتی مشکلات شدیدتر مانند زخم معده یا التهاب روده شوند. سیستم ایمنی بدن در پاسخ به استرس، مواد شیمیایی التهابی به نام سیتوکین‌ها تولید می‌کند که می‌تواند موجب تشدید این مشکلات گوارشی گردد (بوناز[10] و همکاران، ۲۰۲۴). در تایید این یافته‌ها، خلیلی و همکاران (۱۴۰۳) در پژوهشی نشان دادند بیماران مبتلا به اختلالات مزمن گوارشی فشار روانی بیشتری در مقایسه با افراد سالم دارند. همچنین، بوناز و همکاران (۲۰۲۴) در پژوهشی به سطح بالای فشار روانی بیماران مبتلا به بیماری التهابی روده در مقایسه با افراد سالم اشاره داشتند.

از جمله عوامل روان‌شناختی دیگر دخیل در سبب‌شناسی و تشدید علائم بیماران مبتلا به این اختلال می‌توان به صفات شخصیتی[11] اشاره کرد (آتاناسوا[12] و همکاران، ۲۰۲۵). از طرفی، علی‌رغم بررسی‌های انجام شده و تاکید بر تاثیر صفات شخصیتی بر بیماری‌های روان‌تنی هنوز توافق قطعی در مورد نیمرخ شخصیتی و نحوه توزیع صفات شخصیتی در این بیماران وجود ندارد، بنابراین به منظور دسترسی به نتایج دقیق‌تر و مطمئن‌تر نیاز به پژوهش‌های بیشتر در این زمینه است. یکی از مدل‌های پذیرفته‌شده و مورد استفاده در زمینه صفات شخصیتی، مدل ۵ عاملی شخصیت است که شامل روان‌رنجورخویی (تمایل فرد به تجربه هیجانات منفی از قبیل اضطراب و افسردگی)، برون‌گرایی (تمایل فرد به پرانرژی، شاد بودن)، پذیرش (تمایل فرد به غیرسنتی و تخیلی بودن و

1. inflammatory bowel disease
2. Vieujean
3. Han
4. Crohn's
5. Ulcerative colitis
6. Chen
7. Zhong
8. Klettner
9. Psychological Stress
10. Bonaz
11.personality traits
12.Atanasova

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]

علاقـه‌مندی بـه هـــنر)، سازگاری (تمـــایل فـرد بـه اعتمـادورزی، کمک‌کننـدگی) و وظیفه‌شناسی (تمایل به قابل اعتماد بودن، کوشا و منظم بودن) می‌باشد (هاپوود[1]، ۲۰۲۵). صفات شخصیتی حاصل عوامل مشترک زیستی، روانی و اجتماعی هستند و با تاثیر بر کارکردهای غدد درون ریز، سیستم خودمختار ، ایمنی و التهابی در بروز علائم و آسیب شناسی فیزیکی بیماری التهابی روده نقش دارند (رادا[2] و همکاران، ۲۰۲۴). علاوه بر این با تاثیر بر سطح فشار روانی، اضطراب، تعارض‌های بین‌فردی و پرخاشگری در سبب شناسی این بیماری نقش دارند (زیوزینا[3] و همکاران، ۲۰۲۴). همچنین برخی پژوهش‌ها حاکی از ارتباط صفات شخصیتی همچون منفی روان‌رنجورخویی، اضطراب و تحریک پذیری با گزارش درد و درمان بیماران التهابی روده هستند (آتاناسوا و همکاران، ۲۰۲۵). در همین راستا، احمدی و همکاران (۱۴۰۲) در پژوهشی اشاره داشتند افراد مبتلا به بیماری روده در مقایسه با افراد سالم روان‌رنجوری بالاتر و گشودگی به تجربه و وظیفه‌شناسی پایین‌تری داشتند. همچنین، زیوزینا و همکاران (۲۰۲۴) در پژوهشی نشان دادند بیماران مبتلا به بیمارس التهابی روده نسبت به افراد سالم ویژگی‌های شخصیتی منفی بیشتری دارند.

یکی دیگر از عواملی که در ایجاد و تداوم آسیب‌های روانی نقش دارد و می‌تواند در بروز مشکلات جسمانی مانند بیماری‌های قلبی عروقی و معده‌ای – روده‌ای نقش داشته باشد، آلکسی‌تایمیا[4] است (رزوتک[5] و همکاران، ۲۰۲۴). در واقع با توجه به اینکه بیماران التهابی روده معمولا در تنظیم احساسات خود ناتوانند، آلکسی‌تایمیا می‌تواند نقش قابلی توجهی در بروز علائم این بیماری داشته باشد (باقری شیخانگفشه و همکاران، ۱۴۰۳). هر چند برخی پژوهش‌ها به مشکلات تنظیم هیجان در بیماران التهابی روده اشاره داشته‌اند(رزوتک و همکاران، ۲۰۲۴)، اما پژوهش حاضر به دنبال بررسی نقش آلکسی‌تایمیا در تمایز بیماران مبتلا به بیماری التهابی روده و افراد سالم بود. آلکسی‌تایمیا در برگیرنده ویژگی‌هایی چون دشواری در تشخیص و شناسایی احساسات، دشواری در بیان و توصیف احساسات و تمرکز بر تجارب بیرونی است (چمیل[6] و همکاران، ۲۰۲۵). افرادی که شدیداً الکسی‌تایمیک هستند مشابه بسیاری از کسانی که به شکل جدی به اختلال‌های آسیب شناختی روانی مبتلا هستند، به علت مقابله ضعیف با عوامل فشارزا، در معرض خطر بالاتری برای ابتلا به بیماری‌های روان‌پزشکی و روان‌تنی هستند (افروز و همکاران، ۱۴۰۲) و به جای استفاده از شیوه‌های دفاعی سازگارانه و کارآمد از شیوه‌های دفاعی نارس و رشد نایافته استفاده می‌نمایند که خود دلیلی بر افزایش مشکلات جسمانی در این افراد است (ایسماعیل[7] و همکاران، ۲۰۲۴). در تایید این یافته ها، هاشمی و همکاران (۱۴۰۲) در پژوهش اشاره داشتند میزان الکسی‌تایمیا در بیماران گوارشی در مقایسه با افراد سالم بیشتر است. همچنین، رزوتک و همکاران (۲۰۲۴) اشاره داشتند افراد مبتلا به بیماران التهابی روده در مقایسه با افراد سالم ناتوانی بیشتری در تنظیم و درک هیجان دارند و بیشتر درگیر الکسی‌تایمیا هستند.

در مجموع می‌توان گفت انجام پژوهش‌های بیشتر در زمینه آلکسی تایمیا، فشار روانی و ویژگی‌های شخصیتی می‌تواند توضیحات شفاف‌تری در مورد این اختلال برای متخصصان فراهم کند تا بر این اساس راهکارهای درمانی مناسبی را برای حل مشکلات مطرح شده در این اختلال طراحی کنند. بنابراین با توجه به مطالب ذکر شده و با توجه به شیوع رو به افزایش بیماری‌های التهابی روده در ایران و از سوی دیگر ناشناخته بودن علت این بیماری و به تبع آن عدم دسترسی به درمان قطعی، همچنین تاثیرات مضر و فراگیر این بیماری بر فرد بیمار از جمله ایجاد اشکال در تحصیل، ازدواج، اشتغال، سفر و غیره و تحمیل هزینه‌های هنگفت بر خانواده بیمار و نظام اقتصادی کشور لازم است که در این حوزه پژوهش‌های بیشتری صورت گیرد. از طرفی علی‌رغم بررسی‌های انجام شده و تاکید بر تاثیر صفات شخصیتی و ناتوانی در تنظیم هیجان بر بیماری‌های روان‌تنی هنوز توافق قطعی در مورد نیمرخ شخصیتی این بیماران وجود ندارد، بنابراین به منظور دسترسی به نتایج دقیق‌تر و مطمئن‌تر نیاز به پژوهش‌های بیشتر در این زمینه است. لذا شناخت ویژگی‌های متمایز کننده این بیماری می‌تواند زمینه‌ساز شناسایی راهکارهای روان درمانی، آموزش مهارت‌های لازم به مبتلایان، کاهش دوره‌ها و هزینه‌های درمانی شود و به برنامه‌ریزان بهداشت روانی کمک کند تا در فراهم نمودن حمایت‌ها و مداخلات روانی مناسب در خصوص پیشگیری افراد مستعد و ارتقای کیفیت زندگی مبتلایان گام بردارند. بنابراین با توجه به مطالب ذکر شده پژوهش حاضر به دنبال مقایسه فشار روانی، صفات شخصیت و الکسی‌تایمیا در افراد مبتلا به بیماری التهاب روده و افراد سالم بود.

1.Hopwood
2. Rada
3.Zyuzina
4. Alexithymia
5. Rzeszutek
6. Chmiel
7. Ismaiel

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]

روش

روش پژوهش علی_مقایسه‌ای بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه افراد مبتلا به بیماری التهاب روده بود که به فاصله زمانی ۶ ماه به پژوهشکده گوارش و کبد بیمارستان شریعتی مراجعه کرده بودند و جامعه غیر مبتلا شامل افرادی بودند که با توجه به متغیرهای سن، جنس و وضعیت تاهل با گروه مبتلایان همتا شدند که عمدتا از بین همراهان بیماران مراجعه کننده انتخاب شدند. از میان آن‌ها تعداد ۱۶۰ نفر (۸۰ نفر مبتلا به بیماری التهاب روده و ۸۰ نفر سالم) از طریق نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش برای گروه بیمار عبارت بودند از: تشخیص بیماری کرون یا کولیت اولسروز از سوی پزشک فوق تخصص دستگاه گوارش، سن ۱۸سال به بالا، نداشتن سابقه تشخیص بالینی اختلال‌های روان‌پریشانه، اختلال عقب ماندگی ذهنی و اختلال وابستگی به مواد بر اساس نتایج به دست آمده از مصاحبه اولیه پژوهشگر و حداقل تحصیلات دیپلم. ملاک‌های ورود به پژوهش برای گروه سالم عبارت بودند از: عدم وجود سابقه بیماری کرون یا کولیت اولسروز و سایر بیماری‌های گوارشی مزمن براساس تشخیص پزشک فوق تخصص گوارش، سن ۱۸سال به بالا، نداشتن سابقه تشخیص بالینی اختلال‌های روان‌پریشانه، اختلال عقب ماندگی ذهنی واختلال وابستگی به مواد بر اساس نتایج به دست آمده از مصاحبه اولیه پژوهشگر و حداقل تحصیلات دیپلم. ملاک‌های خروج نیز عدم رضایت و ناتوانی در تکمیل پرسش‌نامه‌ها در هر دو گروه بود. شرکت‌کنندگان ازنظر جنسیت و سن همتا شدند. به منظور رعایت اصول اخلاقی پژوهش، کلیه شرکت‌کنندگان اطلاعاتی در مورد پژوهش دریافت کردند. این اطمینان به آنان داده شد که تمام اطلاعات محرمانه خواهد ماند و فقط برای امور پژوهشی مورد استفاده قرار می‌گیرد. به منظور رعایت حریم خصوصی، مشخصات شرکت‌کنندگان ثبت نشد. پس از کسب رضایت به مشارکت در پژوهش، پرسشنامه‌ها در اختیار شرکت‌کنندگان قرار گرفت. داده‌های جمع آوری شده با استفاده از آزمون تحلیل واریانس چندمتغیری در نرم‌افزار SPSS-25تحلیل و گزارش شدند.

ابزار سنجش

پرسش‌نامه ۱۶ عاملی شخصیت[1] (SPFQ): این ابزار در سال ۱۹۴۹ توسط ریموند کتل[2] در دانشگاه ایلینویز ساخته شد و در سال ۱۹۹۳ ویرایش پنجم آن منتشر گردید. این آزمون با هدف سنجش صفات شخصیتی افراد بزرگسال با حداقل سواد هفت یا هشت کلاس طراحی شده است. این پرسش‌نامه شامل ۱۲۸ ماده و ۱۶ عامل است که برای هر عامل ۸ ماده در نظر گرفته شده است. هر ماده دارای دو گزینه است که نمره‌گذاری آن بر اساس صفر و یک می‌باشد. شرکت‌کنندگان باید یکی از دو گزینه هر ماده را انتخاب کنند. بنابراین، برای هر عامل یک نمره به دست می‌آید به طوری که حداقل و حداکثر نمره برای هر عامل به ترتیب صفر و ۸ می‌باشد. به این ترتیب، ۱۶ نمره برای ۱۶ عامل در کل به دست می‌آید. ضریب آلفای کرونباخ عامل‌های پرسش‌نامه بین ۰/۴۲ تا ۰/۶۱ و ضریب الفای کرونباخ کلی ۰/۵۲ گزارش شد. همبستگی بین عامل‌های پرسش‌نامه بین ۰/۴۲ تا ۰/۵۶ بود که حاکی از روایی همگرای پرسشنامه بود (پنگ[3] و همکاران، ۲۰۲۵). در ایران به منظور بررسی میزان ضریب پایایی هر یک از عوامل پرسش‌نامه از روش کودر ریچاردسون استفاده شده و میزان این ضریب برای عامل‌های تنش عصبی در برابر آرمیدگی (۰/۷۳)، عامل‌های اجتماعی در برابر منزوی (۰/۷۵)، تفکر انتزاعی در برابر عینی (۰/۷۲)، ثبات هیجانی در برابر بی‌ثباتی (۰/۷۶)، سلطه‌گر در برابر سلطه‌پذیر (۰/۷۴)، برون‌گرا در برابر درون‌گر (۰/۷۳)، قانونمند در برابر بی‌قانون (۰/۷۵)، جسور در برابر ترسو (۰/۷۴)، حساس در برابر غیر حساس (۰/۷۲)، بدگمان در برابر اعتمادکننده (۰/۷۶)، متفکر در برابر عملگرا (۰/۷۸)، زیرکی در برابر ساده‌لوحی (۰/۷۷)، وابستگی در برابر اتکا به خود (۰/۷۴)، خیالپرداز در برابر اهل عمل (۰/۷۳)، صراحت در برابر محافظه‌کار (۰/۷۲) و خودکفا در برابر اتکا به دیگران (۰/۷۹)بود. همچنین روایی این پرسش‌نامه از طریق محاسبه همبستگی بین عامل‌های پرسش‌نامه بررسی شد که با توجه به ضریب همبستگی بین ۰/۲۶ تا ۰/۵۱ روایی همگرای پرسشنامه تایید شد (معین آبادی بیدگلی و پوراحسان، ۱۴۰۰). در پژوهش حاضر میزان ضریب پایایی هر یک از عوامل پرسش‌نامه از طریق کودر ریچاردسون بررسی شد و این ضریب برای عامل‌های تنش عصبی در برابر آرمیدگی (۰/۷۹)، عامل‌های اجتماعی در برابر منزوی (۰/۷۲)، تفکر انتزاعی در برابر عینی (۰/۷۱)، ثبات هیجانی در برابر بی‌ثباتی (۰/۷۴)، سلطه‌گر در برابر سلطه‌پذیر (۰/۷۷)، برون‌گرا در برابر درون‌گر (۰/۷۲)، قانونمند در برابر بی‌قانون (۰/۷۳)، جسور در برابر ترسو (۰/۷۵)، حساس در برابر غیر حساس (۰/۷۶)، بدگمان در برابر اعتمادکننده (۰/۷۳)، متفکر در برابر عملگرا (۰/۷۵)، زیرکی در برابر ساده‌لوحی (۰/۷۵)، وابستگی

1 Sixteen Personality Factor Questionnaire
2.Cattell
3. Peng

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]

در برابر اتکا به خود (۰/۷۶)، خیالپرداز در برابر اهل عمل (۰/۷۸)، صراحت در برابر محافظه‌کار (۰/۷۲) و خودکفا در برابر اتکا به دیگران (۰/۷۷) بود.

پرسشنامه سنجش فشار روانی کودرون[1](CPSQ): این پرسشنامه توسط لیونل کوردون در سال ۲۰۰۹ برای سنجش میزان استرس افراد در زندگی شخصی طراحی شده است. این پرسشنامه ۱۶ سوال دارد و به صورت بله و خیر می‌باشد. نمره‌گذاری به این صورت است که پاسخ مثبت به هریک از سوالات ۱، ۲، ۳، ۴، ۹، ۱۰، ۱۱ و ۱۴، ۲۰ امتیاز؛ پاسخ مثبت به سوالات ۵، ۶، ۷، ۸، ۱۵ و ۱۶، ۵ امتیاز و پاسخ منفی به سوالات ۱۲ و ۱۳، ۵ امتیاز دارد. نمره ۴۰ و بالاتر نشان دهنده بافت استرس‌زای زندگی می‌باشد. بوناز و همکاران (۲۰۲۴). آلفای کرونباخ این ابزار را ۰/۹۲ و شاخص کلی روایی محتوای ابزار را ۰/۸۵ و نسبت روایی محتوای را ۰/۷۹ گزارش کردند. در ایران، خلیلی و همکاران (۱۴۰۳) در پژوهشی شاخص کلی روایی محتوای ابزار را ۰/۸۱ و نسبت روایی محتوای را ۰/۷۵ گزارش دادند، همچنین، به منظور بررسی میزان ضریب پایایی پرسش‌نامه از روش کودر ریچاردسون استفاده شد و ضرایب کودر ریچاردسون برای سوالات این پرسش‌نامه بین ۰/۷۵ تا ۰/۸۴ بود که حاکی از پایایی مطلوب این پرسش‌نامه بود.

مقیاس نارسایی هیجانی تورنتو[2] (TAS): این مقیاس توسط باگبی و همکاران (۱۹۹۴) طراحی شده و دارای ۲۰ ماده است. این مقیاس سه زیر مقیاس دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر عینی را در طیف لیکرت ۵ درجه‌ای از نمره ۱ (کاملا مخالفم) تا ۵ (کاملا موافقم) بررسی می‌کند. حداقل و حداکثر نمره برای این مقیاس به ترتیب ۲۰ و ۱۰۰ می‌باشد که نمره بالاتر، بیانگر نارسایی هیجانی بیشتر است ضریب آلفای کرونباخ توسط آرون[3] و همکاران (۲۰۲۳) برای کل مقیاس ۰/۷۴ و برای زیر مقیاس تفکر عینی ۰/۷۲، دشواری در توصیف احساسات ۰/۷۵ و دشواری در شناسایی احساسات ۰/۷۳ گزارش شد. روایی محتوایی این پرسشنامه نیز توسط آرون و همکاران (۲۰۲۳) بررسی و نسبت روایی محتوا بیش از ۶۴/ ۰ و شاخص روایی محتوا بیشتر از۰/۶۹ بود که حاکی از روایی محتوایی این مقیاس بود. در نسخه فارسی این مقیاس ضرایب آلفای کرونباخ برای ناگویی هیجانی کلی ۰/۸۵، زیر مقیاس تفکر عینی ۰/۶۸، دشواری در توصیف احساسات ۰/۷۱ و دشواری در شناسایی احساسات ۰/۶۹ محاسبه شد. روایی همزمان مقیاس ناگویی هیجانی برحسب همبستگی بین نمره این آزمون و مقیاس‌های هوش هیجانی، بهزیستی روانی و درماندگی روانشناختی به ترتیب ۰/۷۰- ، ۰/۶۸- و ۰/۴۸ گزارش شد که حاکی از روایی همزمان این مقیاس است (ابراهیمی، ۱۴۰۱). در پژوهش حاضر میزان آلفای کرونباخ کل پرسش‌نامه ۰/۶۸ و میزان آلفای کرونباخ برای زیر مقیاس تفکر عینی ۰/۷۲، دشواری در توصیف احساسات ۰/۷۵ و دشواری در شناسایی احساسات ۰/۷۳ بدست آمد.

یافته ها

از نظر جنسیت در هر دو گروه (۴۲ نفر مرد و ۳۸ نفر زن) بودند. میانگین و انحراف معیار سن شرکت‌کنندگان گروه بیمار ۳۶/۵، ۱۱/۸ و میانگین و انحراف معیار سن شرکت‌کنندگان گروه سالم ۳۵/۸، ۱۱/۱ بود. نتایج آزمون t نشان داد هر دو گروه از لحاظ سن (P=۰/۱۴) و جنسیت (P=۰/۱۲) همسان بودند. از لحاظ وضعیت تاهل؛ ۶۲/۵ درصد از افراد بیمار متاهل، ۳۶/۲۵ درصد از افراد مجرد و ۱/۲۵ درصد مطلقه بودند. در گروه غیر بیمار، ۴۸/۷۵ درصد افراد متاهل، ۵۰ درصد مجرد و ۱/۲۵ درصد مطلقه بودند.

جدول ۱: شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش به تفکیک دو گروه

متغیر	گروه	میانگین	انحراف معیار	کجی	کشیدگی
اجتماعی در برابر منزوی	بیمار	۶/۴	۲	-۰/۵۵	-۰/۲۵
	سالم	۶/۷	۲/۳	-۰/۲	-۰/۱۷
تفکر انتزاعی در برابر عینی	بیمار	۴/۵	۱/۸	-۰/۵۴	۰/۴۴
	سالم	۴/۶	۱/۹	-۰/۲۲	-۰/۰۶
ثبات هیجانی در برابر بی‌ثباتی	بیمار	۴/۸	۲/۲	-۰/۴۴	۰/۳۱

1.Coudron Psychological Stress Questionnaire
2 .Toronto Alexithymia Scale
3. Aaron

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]

	سالم	۵/۱	۱/۸	-۰/۵۵	-۰/۲۰
سلطه‌گـر در برابـر سلطه‌پذیر	بیمار	۵/۴	۲	-۰/۶۹	۰/۷۱
	سالم	۵/۱	۲/۲	۰/۶۲	-۰/۷۸
برون‌گرا در برابـر درون‌گر	بیمار	۵/۲	۲/۱	-۰/۴۹	۱/۲
	سالم	۵/۴	۲	-۰/۴۳	-۰/۱۹
قانونمنـــد در برابـــر بی‌قانون	بیمار	۵/۶	۱/۶	-۰/۴۷	-۰/۰۶
	سالم	۵/۶	۱/۹	-۰/۲۵	-۰/۰۸
جسور در برابر ترسو	بیمار	۶	۲/۴	۰/۰۶	-۰/۱
	سالم	۶/۲	۲/۱	۰/۱۷	-۰/۵۸
حساس در برابر غیر حساس	بیمار	۴/۸	۲/۲	-۰/۴۶	-۰/۶۲
	سالم	۵	۱/۹	۰/۵۹	-۰/۶
بـــدگمان در برابـــر اعتمادکننده	بیمار	۴/۳	۱/۹	-۰/۵	-۰/۵۲
	سالم	۴/۳	۱/۷	۰/۸۱	۰/۳۴
متفکـــــر در برابـــــر عملگرا	بیمار	۴/۵	۲/۱	-۰/۱	-۰/۱۳
	سالم	۴/۴	۱/۸	۰/۸۷	۰/۳۷
زیرکـــی در برابـــر ساده‌لوحی	بیمار	۵/۲	۲	-۰/۳۵	-۰/۴۷
	سالم	۵/۱	۱/۸	۰/۵۹	۰/۶۹
وابستگی در برابر اتکا به خود	بیمار	۴/۸	۲/۱	۰/۸۵	۰/۳۶
	سالم	۴/۳	۱/۹	-۱/۳۲	۱/۴۹
خیالپرداز در برابر اهل عمل	بیمار	۵/۵	۱/۹	۰/۷۹	۰/۸۷
	سالم	۵/۱	۱/۹	-۰/۴۱	۰/۳۲
صراحت در برابر محافظه‌کار	بیمار	۴/۹	۲/۲	۰/۰۵	-۰/۴۲
	سالم	۴/۶	۱/۸	-۰/۱۱	-۰/۱۵
خودکفا در برابر اتکا به دیگران	بیمار	۶/۲	۱/۹	-۰/۴	-۰/۱۴
	سالم	۶/۴	۱/۸	-۰/۲۳	-۰/۰۴
	بیمار	۵/۸	۲/۱	۰/۲۱	-۰/۴۸
تنش عصبی-آرمیدگی	سالم	۵/۱	۲/۱	-۰/۳۸	-۰/۱۵
الکسی‌تایمیا	بیمار	۵۶/۶	۹/۵	-۰/۲۳	-۰/۳۶
	سالم	۵۳/۵	۷/۹	۰/۶۵	۰/۵۲
فشار روانی	بیمار	۶۴/۸	۲۸/۵	۰/۶۲	۰/۵۸
	سالم	۳۸/۳	۲۶	-۰/۱۹	-۰/۰۲

با توجه به نتایج جدول ۱ میانگین تنش عصبی، الکسی‌تایمیا و فشار روانی در گروه بیمار نسبت به گروه سالم بیشتر بود. همه متغیرها در پژوهش حاضر از کجی و کشیدگی کمتر از ۱۲۱ برخوردار بودند؛ این نشان از آن دارد که مقیاس‌های به کار رفته به لحاظ کجی و کشیدگی در نمونه مورد مطالعه مشکلی ندارند و توزیع متغیرها نرمال است. همچنین مفروضه همگنی واریانس‌ها با آزمون لوین سنجیده شد و نتایج بدست آمده نشان داد انحراف شدیدی از مفروضه همگنی واریانس‌ها مشاهده نشد($p>۰/۰۱$). علاوه بر این، جهت بررسی مفروضه همسانی ماتریس‌های واریانس، کواریانس از آزمون باکس استفاده شد و سطح معناداری (۰/۴۲) حاکی از این است که مفروضه همسانی ماتریس‌های واریانس، کواریانس برقرار می‌باشد.

با توجه به تایید پیش فرض‌های تحلیل واریانس، برای بررسی معناداری تفاوت‌های مشاهده شده در پژوهش از تحلیل واریانس چند متغیری استفاده شد و نتایج آن در جدول ۲ ارائه گردید..

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]

جدول۲. نتایج تحلیل واریانس چند متغیری متغیرهای پژوهش

آزمون	ارزش	F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	اندازه اثر	توان آماری	سطح معنی داری
اثرپیلای	۰/۶۱	۳/۹۵	۳	۲۷	۰/۵۱	۱	<۰/۰۰۱
لامبدای ویلکز	۰/۲۶	۳/۹۵	۳	۲۷	۰/۵۱	۱	<۰/۰۰۱
اثر هتلینگ	۳/۵۵	۳/۹۵	۳	۲۷	۰/۵۱	۱	<۰/۰۰۱
بزرگترین ریشه‌روی	۳/۵۵	۳/۹۵	۳	۲۷	۰/۵۱	۱	<۰/۰۰۱

همانطور که جدول۲ مشاهده می‌شود، بین دو گروه از لحاظ متغیرهای وابسته در سطح p<۰/۰۰۱ تفاوت معنی‌داری وجود دارد. بر این اساس می‌توان بیان داشت که دست‌کم در یکی از متغیرهای وابسته (۱۶ عامل شخصیت، الکسی تایمیا و فشار روانی) بین دو گروه، تفاوت معنی‌داری وجود دارد، برای بررسی این تفاوت اثرات بین آزمودنی تحلیل واریانس چند متغیری در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳. نتایج تحلیل واریانس چندمتغیری به منظور بررسی تفاوت دو گروه در متغیرهای ۱۶ عامل شخصیت و الکسی تایمیا

منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	مربع میانگین	F	سطح معناداری
اجتماعی در برابر منزوی	۱/۴۵	۱	۱/۴۵	۰/۱۸	۰/۷۳
تفکر انتزاعی در برابر عینی	۷/۶	۱	۷/۶	۱/۵۱	۰/۲۵
ثبات هیجانی در برابر بی‌ثباتی	۹/۵۶	۱	۹/۵۶	۱/۹۸	۰/۱
سلطه‌گر در برابر سلطه‌پذیر	۷/۰۹	۱	۷/۰۹	۳/۲۵	۰/۲۱
برون‌گرا در برابر درون‌گر	۲/۰۱	۱	۲/۰۱	۰/۲۲	۰/۳
قانونمند در برابر بی‌قانون	۱/۲۷	۱	۱/۲۷	۰/۱۴	۰/۷
جسور در برابر ترسو	۱۱/۲۵	۱	۱۱/۲۵	۴/۶۹	۰/۰۸
حساس در برابر غیر حساس	۲/۱۹	۱	۲/۱۹	۰/۲۵	۰/۶۵
بدگمان در برابر اعتمادکننده	۶/۸۹	۱	۶/۸۹	۰/۳۲	۰/۵۷
متفکر در برابر عملگرا	۰/۹۸	۱	۰/۹۸	۰/۰۶	۰/۸
زیرکی در برابر ساده‌لوحی	۳/۰۲	۱	۳/۰۲	۰/۶۸	۰/۴
وابستگی در برابر اتکا به خود	۱۰/۲۵	۱	۱۰/۲۵	۴/۵۶	۰/۰۷
خیالپرداز در برابر اهل عمل	۰/۷۷	۱	۰/۷۷	۰/۰۳	۰/۹
صراحت در برابر محافظه‌کار	۱/۹۵	۱	۱/۹۵	۰/۱۵	۰/۶۲
خودکفا در برابر اتکا به دیگران	۸/۵۱	۱	۸/۵۱	۲/۴۳	۰/۰۸
تنش عصبی در برابر آرمیدگی	۴۵/۱۲	۱	۴۵/۱۲	۱۹/۸۳	۰/۰۳
الکسی‌تایمیا	۱۱۰/۷۸	۱	۱۱۰/۷۸	۲۵/۳۶	۰/۰۰۱
فشار روانی	۱۲۱/۴۴	۱	۱۲۱/۴۴	۲۹/۴۲	۰/۰۰۱

با توجه به نتایج جدول ۳ می‌توان گفت افراد گروه بیمار و سالم از لحاظ عامل تنش عصبی در برابر آرمیدگی (P=۰/۰۳) تفاوت معناداری داشتند، اما از لحاظ عامل‌های اجتماعی در برابر منزوی (P=۰/۷۳)، تفکر انتزاعی در برابر عینی (P=۰/۲۵)، ثبات هیجانی در برابر بی‌ثباتی (P=۰/۱)، سلطه‌گر در برابر سلطه‌پذیر (P=۰/۲۱)، برون‌گرا در برابر درون‌گر (P=۰/۳)، قانونمند در برابر بی‌قانون (P=۰/۷)، جسور در برابر ترسو (P=۰/۰۸)، حساس در برابر غیر حساس (P=۰/۶۵)، بدگمان در برابر اعتمادکننده (P=۰/۵۷)، متفکر در برابر عملگرا (P=۰/۸)، زیرکی در برابر ساده‌لوحی (P=۰/۴)، وابستگی در برابر اتکا به خود (P=۰/۰۷)، خیالپرداز در برابر اهل عمل (P=۰/۹)، صراحت در برابر محافظه‌کار (P=۰/۶۲)، خودکفا در برابر اتکا به دیگران (P=۰/۰۸)، با هم تفاوت معناداری نداشتند. همچنین افراد گروه بیمار و سالم از لحاظ الکسی‌تایمیا (P=۰/۰۰۱) و فشار روانی(P=۰/۰۰۱) تفاوت معناداری داشتند.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه فشار روانی، صفات شخصیت و الکسی‌تایمیا در افراد مبتلا به بیماری التهاب روده و افراد سالم انجام شد. نتایج پژوهش حاضر نشان داد تنش عصبی در افراد مبتلا به بیماری التهاب روده نسبت به افراد سالم بیشتر بود. این یافته با یافته پژوهش‌های احمدی و همکاران (۱۴۰۲)، زیوزینا و همکاران (۲۰۲۴) و آتاناسوا و همکاران (۲۰۲۵) همسو بود.

در تبیین این یافته می‌توان گفت صفات شخصیتی حاصل عوامل مشترک زیستی، روانی و اجتماعی هستند و با تاثیر بر کارکردهای غدد درون ریز، سیستم خودمختار، ایمنی و التهابی در بروز علائم و آسیب شناسی فیزیکی بیماری التهابی روده نقش دارند (رادا و همکاران، ۲۰۲۴). علاوه بر این، با تاثیر بر سطح فشار روانی، اضطراب، تعارض‌های بین‌فردی و پرخاشگری در سبب شناسی این بیماری نقش دارند (زیوزینا و همکاران، ۲۰۲۴). در تبیین بالا بودن عامل تنش عصبی در افراد مبتلا به بیماری التهاب روده می‌توان گفت گرایش به تجربه هیجان‌های منفی مانند اضطراب، ترس، خشم و خصومت، غم، احساس گناه و نفرت از مؤلفه‌های اصلی روان‌رنجوری می‌باشد. هیجان‌پذیری منفی باعث برانگیختگی فیزیولوژیک سیستم عصبی به صورت مداوم خواهد شد. دستگاه اعصاب روده‌ای نسبت به حالات هیجانی فوق‌العاده حساس است، به طوری که هیجان منفی مانند استرس و خشم، تغییراتی را در فعالیت حرکتی روده به وجود می‌آورد که می‌تواند سبب بیماری التهاب روده شود (آتاناسوا و همکاران، ۲۰۲۵).

همچنین، بالا بودن نمره در عامل تنش عصبی را شاید بتوان با شخصیت نگهدارندهٔ مقعدی در نگاه فروید نزدیک دانست. فروید نیز در نظریهٔ شخصیت خود، شخصیت نگهدارندهٔ مقعدی را این گونه توصیف می‌کند: ویژگی بارز این افراد یکدندگی و فرومایگی است، شخصیت‌هایی دودل و بی‌انعطاف دارند. افراد یک‌دنده نمی‌توانند به خاطر دیگران از خواسته‌های خود بگذرند و با دیگران همدلی کمی دارند. این افراد گرایش به جنگیدن با دیگران دارند و به هیچ عنوان از جایگاه خود کوتاه نمی‌آیند، این ویژگی‌ها از طریق افزایش تنش و اضطراب در افراد آسیب‌پذیری آن‌ها را نسبت به بیماری التهابی روده افزایش می‌دهد (احمدی و همکاران، ۱۴۰۲).

در تبیین عدم معناداری تفاوت در ۱۵ عامل دیگر می‌توان گفت با توجه به این‌که تاکنون پژوهشی با هدف مقایسه ویژگی‌های شخصیتی در بیماران التهابی روده از پرسش‌نامه ۱۶ عاملی استفاده نکرده بود و پیشینه چندانی در این زمینه موجود نیست، نمی‌توان تبیین دقیق در مورد علت عدم معناداری ۱۵ عامل داشت. اما با این وجود امکان دارد تعداد زیاد سوالات پرسش‌نامه ۱۶ عاملی شخصیت باعث شده باشد که شرکت‌کنندگان با دقت تمام سوالات را جواب نداده باشند. همچنین با توجه به نقش تاثیرگذار فرهنگ و قومیت افراد در ویژگی‌های شخصیتی آن‌ها و این نکته که باید با پرسش‌های متناسب با فرهنگ فرد، ویژگی‌های شخصیتی بررسی شود و احتمالا پرسش‌نامه مورد استفاده به خوبی نتوانسته اطلاعات مربوط به عامل‌های شخصیت را جمع آوری کند و یا اینکه سوالات مربوط به این ویژگی‌ها گنگ بوده و شرکت‌کنندگان به خوبی مفهوم سوالات را درک نکرده‌اند، نتایج پژوهش در زمینه ۱۵ عامل ذکر شده در دو گروه مورد مطالعه معنادار نشده است.

همچنین نتایج پژوهش حاضر نشان داد افراد مبتلا به بیماری التهاب روده در مقایسه با افراد سالم نمرات بالاتری در مقیاس الکسی‌تایمیا کسب کردند. این یافته با نتایج هاشمی و همکاران (۱۴۰۲)، ایسماعیل و همکاران (۲۰۲۴) و رزوتک و همکاران (۲۰۲۴) همسو بود. جهت تبیین این مساله که وجود سازه شخصیتی الکسی‌تایمیا در بیماران مبتلا به بیماری‌های التهابی روده در این پژوهش نسبت به افراد غیربیمار بارزتر است و این افراد توانایی کمتری جهت کلامی سازی و شناسایی احساس‌های خود دارند، می‌توان از نظریه "الگوی ناتوانی در بیان هیجان" که در حوزه روان‌پویشی است، کمک گرفت (چمیل و همکاران، ۲۰۲۵). مطابق با این نظریه ناگویی هیجانی یا الکسی‌تایمیا مهم‌ترین ویژگی شخصیتی افراد مبتلا به بیماری های روان – تنی می‌باشد (هاشمی و همکاران، ۱۴۰۲). بر این اساس با توجه به آن که این بیماران " من" نمو نایافته و ضعیفی دارند، فقر کلامی داشته و توانایی ابراز و بیان احساس‌ها و تخیل‌هایشان را ندارند و در برخورد با رویدادهای تنش‌زای زندگی به جای استفاده از شیوه‌های دفاعی سازگارانه و کارآمد از شیوه‌های دفاعی نارس و رشد نایافته استفاده می‌نمایند که خود دلیلی بر افزایش مشکلات جسمانی در این افراد است (اسماعیل و همکاران، ۲۰۲۴)

تبیین دیگر بر اساس مهار هیجانی اولیه و ثانویه بدین صورت است که در مهار هیجانی اولیه که به منزله انکار تمام عواطف و هیجانات است، افراد دچار الکسی‌تایمیا در صورت وجود یک ناراحتی هیجانی عمده بر نداشتن مشکل اصرار می‌ورزند، زندگی را خوب و مطلوب می‌دانند و تصور نمی‌کنند که چیزی نادرست یا اشتباه باشد. به نظر می‌رسد این افراد به طور معمول چیزی برای گفتن ندارند و نمی‌توانند لغت مناسبی برای بیان احساسات و مشکلات خود پیدا کنند (رزوتک و همکاران، ۲۰۲۴). در مهار هیجانی ثانویه چنین نیست که افراد

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]

دچار آلکسی تایمیا هیچ گاه بیان احساسات و هیجانات ندارند، بلکه نمی‌توانند احساسات و عواطف خود را به درستی شناسایی کرده ، آن را از حس‌های جسمی افتراق دهند، از این رو قادر نیستند هیجانات خود را به راحتی و به گونه مؤثری ابراز نمایند (هاشمی و همکاران، ۱۴۰۲). در هر حال وقتی فردی نتواند احساسات منفی خود را به درستی شناسایی کند، در تخلیه و خنثی کردن عواطف خویش دچار مشکل می‌شود و به دلیل ناتوانی در مدیریت و تنظیم احساسات منفی، این عواطف مشکل‌ساز و ناتوان‌کننده تشدید می‌گردند. در واقع وقتی افراد نتوانند مشکلاتشان را بیان و نیازهای خود را برآورده سازند، این ناتوانی گاهی به صورت علایم جسمی همچون بیماری التهابی روده خود را نشان می‌دهند (ایسماعیل و همکاران، ۲۰۲۴).

همچنین نتایج پژوهش حاضر نشان داد افراد مبتلا به بیماری التهاب روده در مقایسه با افراد سالم نمرات بالاتری در مقیاس فشار روانی کسب کردند. این یافته با نتایج خلیلی و نوروزی (۱۴۰۳)، ابراهیمی (۱۴۰۲) و بوناز و همکاران (۲۰۲۴) همسو بود. در تبیین بالاتر بودن نمرات فشار روانی در افراد مبتلا به بیماری التهاب روده در مقایسه با افراد سالم می‌توان گفت بیماری التهاب روده ازجمله اختلالات روان‌تنی است که فشار روانی در بیشتر مبتلایان به این اختلال مشاهده می‌شود. فشار روانی به طور کلی می‌تواند تأثیرات منفی بر سلامتی جسمانی داشته باشد. فشار روانی می‌تواند سیستم ایمنی را تضعیف کند و احتمال ابتلا به عفونت‌ها، بیماری قلبی، فشار خون بالا، دیابت، اختلالات گوارشی همچون بیماری التهابی روده، چاقی و اختلالات روانشناختی مانند اضطراب و افسردگی را افزایش می‌دهد (خلیلی و همکاران، ۱۴۰۳). در دستگاه گوارش نورون‌های عصبی زیادی وجود دارد و به همین دلیل این سیستم در برابر استرس از تحریک‌پذیری بالایی برخوردار است. تاثیر اضطراب بر معده و روده کمتر از تغذیه ناسالم نیست و به همین دلیل روده را مغز دوم می‌نامند. بنابراین برای حفظ سلامت دستگاه گوارش باید از استرس دوری کرد (ابراهیمی و همکاران، ۱۴۰۲). با افزایش استرس، سیستم عصبی علامت‌هایی به معده و روده ارسال می‌کند که ممکن است حرکت عضلات مرتبط با گوارش را مختل کند و منجر به نفخ، درد شکم، اسهال یا یبوست شود. همچنین، استرس می‌تواند جذب مواد مغذی را کاهش داده و باعث التهاب روده و در نتیجه تشدید بیماری‌هایی مانند بیماری التهاب روده شود. علاوه بر این، هورمون‌های استرس، روده‌ها را حساس‌تر کرده، نحوه حرکت غذا در سیستم گوارش را تغییر داده و منجر به التهاب خواهند شد (بوناز و همکاران، ۲۰۲۴).

در مجموع نتایج پژوهش حاضر نشان داد که افراد مبتلا به بیماری التهاب روده و افراد سالم از لحاظ میزان تنش عصبی، الکسی‌تایمیا و فشار روانی با هم تفاوت دارند. بر پایه یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان گفت میزان تنش عصبی، افراد را مستعد آسیب‌پذیری بیشتر نسبت به بیماری التهاب روده می‌کند، بنابراین می‌توان از میزان تنش عصبی، الکسی‌تایمیا و فشار روانی به عنوان شاخص‌های مهم در تمایز و پیش‌بینی آسیب پذیری ابتلا به بیماری التهاب روده استفاده کرد.

استفاده از روش نمونه‌گیری دردسترس، عدم کنترل برخی متغیرها همچون شدت علائم، مدت بیماری و سابقه بیماری بود. بر این اساس به پژوهشگران پیشنهاد می‌شود که در مطالعات آتی تا حد امکان از روش‌های نمونه‌گیری تصادفی استفاده شود و متغیرهای موثر بر نتایج همچون شدت علائم، مدت بیماری و سابقه بیماری کنترل شوند. با توجه به نقش برجسته ویژگی‌های شخصیتی، آلکسی‌تایمیا و فشار روانی در بیماران مبتلا به بیماری التهابی روده به پزشکان، روان‌شناسان و سایر پرسنل شاغل در حوزه درمان این بیماری پیشنهاد می‌شود علاوه بر دارو درمانی در طراحی برنامه های درمانی برای این بیماری اهمیت عوامل روان‌شناختی را در نظر بگیرند و از رهنمودهای روان‌شناختی به شکل سنجیده‌تری برای پیشگیری، درمان و کاهش علائم این بیماران بهره بگیرند.

منابع

ابراهیمی، ز. (۱۴۰۱). بررسی اثربخشی تعامل بین آلکسی تایمیا وسبک های دلبستگی بزرگسالان در بیماران مبتلا به اختلال مصرف الکل. *سومین همایش ملی آسیب شناسی روانی*، اردبیل. https://civilica.com/doc/1630222/

ابراهیمی، ا.، نصیری ده سرخی، س.، دقاق زاده، ح.، نصیری ده سرخی، ح. و صدرعاملی، ص. (۱۴۰۲). اثربخشی نوروفیدبک بر شدت علائم گوارشی، افسردگی، اضطراب، استرس و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سندرم روده‌ی تحریک‌پذیر: یک کارآزمایی بالینی تصادفی با گروه گواه. *مجله دانشکده پزشکی اصفهان*، ۴۱(۷۱۲)، ۱۷۲-۱۷۹. 10.48305/JIMS.V41.I712.0172

احمدی، ع.، بافنده، ح. و حکی. م. (۱۴۰۲). نقش صفات شخصیت در پیش بینی سندرم رودۀ تحریک‌پذیر با واسطه‌گری حساسیت اضطرابی. *روانشناسی بالینی و شخصیت*، ۲۱(۲)، ۸۶-۷۳. 10.22070/cpap.2023.14645.1104

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]

افروز، غ.، هاشمیان، ک.و باقری، م. (۱۴۰۲) مقایسه اثربخشی روان درمانی پویشی بین فردی کوتاه مدت و زوج درمانی هیجان مدار در زوجین مبتلا به فقر در تعاملات عاطفی(الکسی تایمی). *رویش روان شناسی*، (۴)۱۲، ۱۴-۱.20.1001.1.2383353.1402.12.4.1.1

باقری شیخانگفشه، ف.، عباس پور، آ.، صوابی نیری، و.، بی‌کس یکانی، م.و کرامتی، س. (۱۴۰۳). اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر ناگویی هیجانی، شدت درد، و تنظیم هیجان کودکان با نشانگان روده تحریک پذیر. *فصلنامه سلامت روان کودک*، (۲)۱۱، ۱۲۰-۱۰۰. 10.61186/jcmh.11.2.7

خلیلی، ف.، نوروزی، ا. و حیدری، ش. (۱۴۰۳). اثربخشی ذهن آگاهی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در بهبود کیفیت زندگی و کاهش استرس و اضطراب در بیماران مزمن گوارشی. *مجله مطالعات روانشناسی و علوم تربیتی*، (۸۵)۷، ۵۸۹-۵۶۵.https://civilica.com/doc/2175065

معین آبادی بیدگلی، ح. و پوراحسان. س. (۱۴۰۰). تحلیل روانشناختی ویژگی های شخصیت حاکم در سیاست نامه خواجه نظام الملک و مقایسه آن با نظریه ۱۶ عاملی کتل. *پژوهش های سیاست اسلامی*، (۹)۲۰، ۳۷۶-۳۳۵.20.1001.1.23455705.1400.9.20.12.7

نوروززاده بهنام، م. (۱۴۰۲). اثربخشی معنادرمانی بر میزان استرس در بیماران مبتلا به التهاب روده. *چهاردهمین همایش ملی پژوهش های مدیریت و علوم انسانی در ایران*، تهران. https://civilica.com/doc/1703522

هاشمی، م.، عاطف وحید، م.، ملیحی الذاکرینی، س.، کراسکیان موجمناری، آ. و دلاوری، ع. (۱۴۰۲). اثربخشی درمان فراشناختی بر کاهش پریشانی روان شناختی و الکسی تایمیا در بیماران مبتلا به سوء هاضمه عملکردی. *رویش روان شناسی*، (۳)۱۲، ۱۰۶-۹۷. 20.1001.1.2383353.1402.12.3.10.8

Aaron, R. V., Preece, D. A., Heathcote, L. C., Wegener, S. T., Campbell, C. M., & Mun, C. J. (2025). Assessing alexithymia in chronic pain: psychometric properties of the Toronto Alexithymia Scale-20 and Perth Alexithymia Questionnaire. *Pain Reports*, *10*(1), e1204 10.1097/PR9.0000000000001204

Atanasova, K., Knödler, L. L., Reindl, W., Ebert, M. P., & Thomann, A. K. (2025). Role of the gut microbiome in psychological symptoms associated with inflammatory bowel diseases. *Seminars in Immunopathology*. 47(1), 1-12..10.1007/s00281-025-01036-x

Bonaz, B., Sinniger, V., & Pellissier, S. (2024). Role of stress and early-life stress in the pathogeny of inflammatory bowel disease. *Frontiers in Neuroscience*, *18*, 1458918. 10.3389/fnins.2024.1458918

Chen, J., Sun, Y., Dan, L., Wellens, J., Yuan, S., Yang, H., ... & Wareham, N. (2025). Composition of plant-based diets and the incidence and prognosis of inflammatory bowel disease: a multinational retrospective cohort study. *The Lancet Regional Health–Europe*, *14(52)*, 101264. 10.1016/j.lanepe.2025.101264

Chmiel, J., Wiażewicz-Wójtowicz, P., & Stępień-Słodkowska, M. (2025). Neural Correlates of Alexithymia Based on Electroencephalogram (EEG)—A Mechanistic Review. *Journal of Clinical Medicine*, *14*(6), 1895. 10.3390/jcm14061895

Hopwood, C. J. (2025). Personality functioning, problems in living, and personality traits. *Journal of personality assessment*, 107(2), 143-158.:10.1080/00223891.2024.2345880

Han, J., Ye, J., Shi, J., Fan, Y., Yuan, X., Li, R., ... & Ji, X. (2025). A programmable oral Nanomotor microcapsule for the treatment of inflammatory bowel disease. *Advanced Functional Materials*, 35(3), 2413261. 10.1002/adfm.202413261

Ismaiel, A., Foucambert, P., Ismaiel, M., Leucuta, D. C., Popa, S. L., Baban, A., & Dumitrascu, D. L. (2024). Silent Struggles Within: Alexithymia Unveiled in Irritable Bowel Syndrome: A Systematic Review and Meta-analysis. *Journal of Neurogastroenterology and Motility*, *30*(4), 387. 10.5056/jnm23159.

Klettner, A., Luo, S., Coyle, L. D., & Liu, N. (2025). A review of the link between psychological stress and inflammatory bowel disease exacerbation. *Academia Mental Health and Well-Being*, *2*(1),28-42. 10.3389/fimmu.2022.1016578

Peng, Y., Rehman, S., Liu, J., Ju, Y., Wang, M., Sun, J., ... & Li, L. (2025). Associations between childhood maltreatment and personality traits in individuals with and without depression: a CTQ-based assessment. *BMC psychology*, 13(1), 115-135.10.1186/s40359-025-02431-7

Rada, C., Țieranu, C. G., Gheonea, D. I., & Ionescu, E. M. (2024). Freiburg personality inventory in inflammatory bowel disease: diagnosis and psychotherapeutic needs. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, 40(1), 1-11. 10.6018/analesps.512481

Rzeszutek, M., Kowalkowska, J., Drabarek, K., Van Hoy, A., Schier, K., Lis-Turlejska, M., ... & Desmond, M. (2024). Adverse childhood experiences and alexithymia intensity as predictors of temporal dynamics of functioning in individuals with irritable bowel syndrome: A three-wave latent transition analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 187, 111904. 10.1016/j.jpsychores.2024.111904

Vieujean, S., Jairath, V., Peyrin-Biroulet, L., Dubinsky, M., Iacucci, M., Magro, F., & Danese, S. (2025). Understanding the therapeutic toolkit for inflammatory bowel disease. *Nature Reviews Gastroenterology & Hepatology*,28(2), 1-24. 10.1038/s41575-024-01035-7

Zhong, M., An, H., & Gan, H. (2025). Unraveling the causal association between inflammatory bowel diseases and uveitis through mendelian randomization analysis. *Scientific Reports*, 15(1), 5686. 10.1038/s41598-025-90462-w

Zyuzina, D. S., Mikhaylichenko, T. G., & Ilich, M. (2024). The Relationship of Emotional State to Coping Strategies and Personality Resources in Patients with Inflammatory Bowel Disease. *The bulletin of psychotherapy*, 91, 72-85. 10.25016/2782-652X-2024-0-91-72-85

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]